

# **LA VIDA DE LOS HOMBRES INFAMES**

**MICHEL FOUCAULT**

© Editorial Altamira Calle 49 N° 540 La Plata, Argentina & (54-21) 21 85 00

Edición y traducción:

Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría

Prólogo y bibliografía: Christian Ferrer

Diseño de tapa: Virginia Membrini

Diagramación: Cutral

ISBN: 987-9017-03-X

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina

## 6. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina

Como punto de partida de esta conferencia quiero referirme a un asunto que empieza a ser discutido en todo el mundo: la crisis de la medicina o de la antimedicina. Mencionaré al respecto el libro de Ivan Illich *Medical Nemesis - The Expropriation of Health* el cual, dada la gran resonancia que ha tenido y continuará teniendo de forma creciente en los próximos meses, señala a la opinión pública mundial el problema del funcionamiento actual de las instituciones del saber y del poder médicos.

Pero para analizar este fenómeno partiré de una fecha bastante anterior, los años de 1940-1945, más exactamente el de 1942, en el que se elaboró el famoso Plan Beveridge, que en Inglaterra y en otros muchos países sirvió de modelo a la organización de la salud después de la Segunda Guerra Mundial.

La fecha de este plan tiene un valor simbólico. En 1942 -en plena guerra mundial en la que perdieron la vida 40 millones de personas- se consolida no el derecho a la vida sino un derecho diferente, más cuantioso y complejo: el derecho a la salud. En un momento en el que la guerra causaba grandes estragos, una sociedad asume la tarea explícita de garantizar a sus miembros no sólo la vida sino la vida en buen estado de salud.

Además de este valor simbólico, la fecha reviste importancia por varias razones:

1. El Plan Beveridge indica que el Estado se hace cargo de la salud. Se podría afirmar que ésta no era una innovación, pues desde el siglo XVIII una de las funciones del Estado, si no fundamental por lo menos importante, era la de garantizar la salud física de los ciudadanos. Sin embargo, creo que hasta mediados del siglo XIX la función de garantizar la salud de los individuos significaba para el Estado, esencialmente, asegurar la fuerza física nacional, garantizar su capacidad de trabajo y de producción, así como la de defensa y ataques militares. Hasta entonces, la medicina estatal consistió en una función orientada principalmente hacia fines nacionalistas -cuando no raciales. Con el Plan Beveridge la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente para ellos mismos, sino para los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado. Por consiguiente, se invierten los términos: el concepto del individuo en buena salud para el Estado se sustituye por el del Estado para el individuo en buena salud.

2. No se trata sólo de una inversión en el derecho sino de lo que podría denominarse una moral del cuerpo. En el siglo XIX aparece en todos los países del mundo una copiosa literatura sobre la salud, sobre la obligación de los individuos a garantizar su salud, la de su familia, etc. El concepto de limpieza, de higiene como limpieza, ocupa un lugar central en todas estas exhortaciones morales sobre la salud. Abundan las publicaciones en las que se insiste en la limpieza como requisito para gozar de buena salud, o sea, para poder trabajar a fin de que los hijos sobrevivan y aseguren también el trabajo social y la producción. La limpieza es la obligación de garantizar una buena salud al individuo y a los que lo rodean. A partir de la segunda mitad del siglo XX surge otro concepto. Ya no se habla de la obligación de la limpieza, y la higiene para gozar de buena salud sino del derecho a estar enfermo cuando se desee y necesite. El derecho a interrumpir el trabajo empieza a tomar cuerpo y éste es más importante que la antigua obligación de limpieza que caracterizaba la relación moral de los individuos con el cuerpo.

3. Con el Plan Beveridge la salud entra en el campo de la macroeconomía. Los déficit debidos a la salud, a la interrupción del trabajo y a la necesidad de cubrir esos riesgos dejan de ser simplemente fenómenos que podían ser resueltos con las cajas de pensiones o con los seguros más o menos privados. A partir de entonces, la salud -o su ausencia-, el conjunto de las condiciones en virtud de las cuales se va a asegurar la salud de los individuos, se convierte en un desembolso por su cuantía, integrado en las grandes partidas del presupuesto estatal, cualquiera que sea el sistema de financiamiento adoptado. La salud empieza a entrar en los cálculos de la macroeconomía. Por mediación de la salud, de las enfermedades y de la manera de cubrir las necesidades de la salud, se trata de proceder a cierta redistribución económica. Una de las funciones de la política presupuestaria de la mayor parte de los países desde comienzos del presente siglo era la de asegurar, mediante el sistema de impuestos, una cierta igualación, si no de los bienes por lo menos de los ingresos. Esta redistribución ya no dependería del presupuesto sino del sistema de regulación y de la cobertura económica de la salud de las enfermedades. Al garantizar a todas las personas las mismas posibilidades de recibir tratamiento y curarse se pretendió corregir en parte la desigualdad de los ingresos. La salud, la enfermedad y el cuerpo empiezan a tener sus bases de socialización y, a la vez, se convierten en instrumento de la socialización de los individuos.

4. La salud es objeto de una verdadera lucha política. A partir del fin de la guerra y de la elección triunfante de los laboristas en Inglaterra en 1945, no hay partido político ni campaña política, en cualquier país desarrollado, que no plantee el problema de la salud y cómo el Estado garantizará y financiará los gastos de los individuos en ese campo. Las elecciones británicas de 1945, al igual que las relativas a las cajas de pensiones en Francia en 1947, con la victoria mayoritaria de los representantes de la Confederación General de Trabajadores, señalan la importancia de la lucha política por la salud.

Tomando como punto de referencia simbólica el Plan Beveridge, se observa en el decenio de 1940-1950 la formulación de un nuevo derecho, una nueva moral, una nueva economía, una nueva política del cuerpo. Los historiadores suelen relatar con gran cuidado y meticulosidad lo que los hombres dicen y piensan, el desenvolvimiento histórico de sus representaciones y teorías, la historia del espíritu humano. Sin embargo, es curioso que siempre hayan ignorado el capítulo fundamental, que sería la historia del cuerpo humano. A mi juicio, para la historia del cuerpo humano en el mundo occidental moderno deberían seleccionarse los años de 1940-1950 como fechas de referencia que marcan el nacimiento de este nuevo derecho, esta nueva moral, esta nueva política y esta nueva economía del cuerpo. Desde entonces, el cuerpo del individuo se convierte en uno de los objetivos principales de la intervención del Estado, uno de los grandes objetos de los que el propio Estado debe hacerse cargo.

En tono humorístico podríamos hacer una comparación histórica. Cuando el Imperio Romano cristalizó en la época de Constantino, el Estado por primera vez en la historia del mundo mediterráneo se atribuyó la tarea de cuidar las almas. El Estado cristiano no sólo debía cumplir las funciones tradicionales del Imperio, sino también permitir que las almas logaran su salvación e incluso forzarlas a ello. Así, el alma se convirtió en uno de los objetivos de la intervención del Estado. Todas las grandes teocracias, desde Constantino hasta las teocracias mitigadas del siglo XVIII en Europa, fueron regímenes políticos en los que la salvación del alma constituía uno de los objetivos principales.

Podría afirmarse que en la actualidad está surgiendo lo que en realidad ya se venía preparando desde el siglo XVIII, es decir, no una teocracia sino una somatocracia. Vivimos en un

régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud. Es precisamente el nacimiento de esta somatocracia, que desde un principio vivió en crisis, lo que trato de analizar.

En el momento en que la medicina asumía sus funciones modernas, mediante la estatalización que la caracteriza, la tecnología médica experimentaba uno de sus raros pero enormes progresos. El descubrimiento de los antibióticos, es decir, la posibilidad de luchar por primera vez de manera eficaz contra las enfermedades infecciosas, es contemporáneo al nacimiento de los grandes sistemas de seguro social. Fue un proceso tecnológico vertiginoso, en el momento en que se producía una gran mutación política, económica, social y jurídica de la medicina.

A partir de este momento se establece la crisis, con la manifestación simultánea de dos fenómenos: el avance tecnológico importante que significó el progreso capital en la lucha contra las enfermedades y el nuevo funcionamiento económico y político de la medicina, sin conducir al mejor bienestar sanitario que cabía esperar, sino a un curioso estancamiento de los beneficios posibles resultantes de la medicina y de la salud pública. Este es uno de los primeros aspectos de la crisis que pretendo analizar, haciendo referencia a alguno de sus efectos para mostrar que ese desenvolvimiento reciente de la medicina y de su estatalización y socialización -de lo que el Plan Beveridge da una visión general- es de origen anterior.

En realidad no hay que pensar que la medicina permaneció hasta nuestros tiempos como actividad de tipo individual, contractual, entre el enfermo y su médico, y que sólo recientemente esta actividad individualista de la medicina se enfrentó con tareas sociales. Por lo contrario, procuraré demostrar que la medicina, por lo menos desde el siglo XVIII, constituye una actividad social. En cierto sentido la "medicina social" no existe porque toda la medicina es social. La medicina fue siempre una práctica social, y lo que no existe es la medicina "no social", la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, puesto que fue un mito con el que se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión.

De esta manera, si en verdad la medicina es social, por lo menos desde que cobró su gran impulso en el siglo XVIII, la crisis actual no es realmente actual, sino que sus raíces históricas deben buscarse en la práctica social de la medicina.

Por consiguiente no plantearé el problema en los términos en los que lo enuncian Illich o algunos de sus discípulos: medicina o antimedicina, ¿debemos continuar o no la medicina? El problema no debe ser el de si se requiere una medicina individual o social, sino el del modelo de desarrollo de la medicina a partir del siglo XVIII, cuando se produjo lo que podríamos denominar su "despegue". Este "despegue" sanitario del mundo desarrollado fue acompañado de un desbloqueo técnico y epistemológico de considerable importancia de la medicina y de toda una serie de prácticas sociales. Y son estas formas propias del "despegue" las que conducen hoy a la crisis. La cuestión estriba en saber: 1) ¿cuál fue ese modelo de desarrollo?; 2) ¿en qué medida se puede corregir? y 3) ¿en qué medida puede ser utilizado actualmente en sociedades o poblaciones que no experimentaron el modelo de desarrollo económico y político de las sociedades europeas y americana? En resumen, ¿cuál es el modelo de desarrollo?; ¿puede ser corregido y aplicado a otros lugares?

Pasaré a exponer alguno de los aspectos de esta crisis actual.

## CIENTIFICIDAD Y EFICACIA DE LA MEDICINA

En primer lugar, me referiré a la separación o la distorsión entre la científicidad de la medicina y la positividad de sus efectos, o entre la científicidad y la eficacia de la medicina.

No hubo que esperar a Illich ni a los antimédicos para saber que una de las propiedades y una de las capacidades de la medicina es la de matar. La medicina mata, siempre mató, y de ello siempre se ha tenido conciencia. Lo importante es que hasta tiempos recientes los efectos negativos de la medicina quedaron inscritos en el registro de la ignorancia médica. La medicina mataba por ignorancia del médico o porque la propia medicina era ignorante; no era una verdadera ciencia sino sólo una rapsodia de conocimientos mal fundados, mal establecidos y verificados. La nocividad de la medicina se juzgaba en proporción a su no científicidad.

Pero lo que surge desde comienzos del siglo xx es el hecho de que la medicina podría ser peligrosa, no en la medida de su ignorancia y falsedad, sino en la medida de su saber, en la medida en que constituye una ciencia.

Illich y los que en él se inspiran revelaron una serie de datos sobre el tema, pero no estoy seguro de que todos estén bien elaborados. Hay que dejar de lado diversos resultados espectaculares para uso del periodismo.

Por eso no me extenderé respecto de la considerable disminución de la mortalidad relacionada con la huelga de médicos en Israel; ni mencionaré hechos bien registrados pero cuya elaboración estadística no permite definir ni descubrir de lo que se trata. Es el caso de la investigación realizada por los Institutos Nacionales de Salud (EUA) según la cual en 1970 fueron hospitalizadas 1.500.000 personas por causa de la absorción de medicamentos. Estos datos estadísticos son pavorosos pero no aportan pruebas fehacientes puesto que no indican la manera en que se administraron estos medicamentos, quién los consumió, a consecuencia de qué acción médica y en qué contexto médico, etc. Tampoco analizaré la famosa investigación de Robert Talley, quien demostró que en 1967 murieron 30.000 norteamericanos en hospitales debido a intoxicaciones por medicamentos. Todo eso así tomado en conjunto no tiene un gran significado ni estará fundamentado en un análisis válido. Es preciso conocer otros factores. Por ejemplo, se deberá saber la manera en que se administraron esos medicamentos, si fue por un error médico, del personal hospitalario o del propio enfermo, etc. No me extenderé tampoco en las estadísticas sobre operaciones quirúrgicas, particularmente ciertos estudios sobre histerectomías en California que señalan que de 5.500 casos, el 14% de las intervenciones habían sido inútiles, que una cuarta parte de las pacientes eran mujeres jóvenes y que sólo en el 40% de los casos se pudo determinar la necesidad de esta operación.

Todos estos hechos, a los que el material recogido por Illich dio gran notoriedad, se deben a la habilidad o ignorancia de los médicos, sin poner en tela de juicio la propia medicina y su científicidad.

En cambio, lo que resulta mucho más interesante y plantea el verdadero problema es lo que podría denominarse no la iatrogenia, sino la iatrogenia positiva, los efectos médicamente nocivos debidos no a errores de diagnóstico ni a la ingestión accidental de una sustancia, sino a la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional. En la actualidad los instrumentos de que disponen los médicos y la medicina en general, precisamente por su eficacia, provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos y otros fuera de control,

que obligan a la especie humana a entrar en una historia arriesgada, en un campo de probabilidades y riesgos cuya magnitud no puede medirse con precisión.

Sabido es, por ejemplo, que el tratamiento antiinfeccioso, la lucha llevada a cabo con el mayor éxito contra los agentes infecciosos, condujo a una disminución general del umbral de sensibilidad del organismo a los agentes agresores. Ello significa que en la medida en que el organismo se sabe defender mejor, se protege, naturalmente, pero por otro lado se deja al descubierto y expuesto si se impide el contacto con los estímulos que desarrollan las defensas.

De manera más general se puede afirmar que por el propio efecto de los medicamentos - efectos positivo y terapéutico- se produjo una perturbación, por no decir una destrucción, del ecosistema no sólo del individuo sino de la propia especie humana. La cobertura bacilar y vírica, que constituye un riesgo pero al mismo tiempo una protección para el organismo, con la que funcionó hasta entonces, sufre una alteración por la intervención terapéutica y queda sujeta a ataques contra los que el organismo estaba protegido.

En definitiva, no se sabe a lo que conducirán las manipulaciones genéticas efectuadas en el potencial genético de las células vivas, en los bacilos o en los virus. Se tornó posible técnicamente elaborar agentes agresores del organismo humano para los que no hay medios de defensa ni destrucción. Se pudo forjar un arma biológica absoluta contra el hombre y la especie humana sin que simultáneamente se desarrollaran los medios de defensa contra esta arma absoluta. Esto hizo que los laboratorios estadounidenses pidieran que se prohibieran las manipulaciones genéticas que actualmente pueden realizarse.

Así, pues, entramos en una dimensión bastante nueva de lo que podría denominarse riesgo médico. El riesgo médico, el vínculo difícil de romper entre los efectos positivos y negativos de la medicina, no es nuevo, sino que data del momento en que un efecto positivo de la medicina fue acompañado, por su propia causa, de varias consecuencias negativas y nocivas.

A este respecto abundan los ejemplos en la historia de la medicina moderna, que comienza en el siglo XVIII. En ese siglo la medicina adquirió, por primera vez, suficiente fuerza para lograr que ciertos enfermos salieran del hospital. Hasta la mitad del siglo XVIII nadie salía del hospital. Se ingresaba en estas instituciones para morir. La técnica médica del siglo XVIII no permitía al individuo hospitalizado abandonar la institución en vida. El hospital representaba un claustro para morir, era un verdadero "mortuario".

Otro ejemplo de un considerable progreso médico acompañado de un gran déficit de la morbilidad fue el descubrimiento de los anestésicos y de la técnica de anestesia general en los años 1844-1847. A partir del momento en que se puede adormecer a una persona se puede practicar una operación quirúrgica, y los cirujanos de la época se entregaron a esta labor con gran entusiasmo. Pero en ese momento no se disponía de instrumentos asépticos. La asepsia comienza a introducirse en la práctica médica en 1870, y después de la guerra de ese mismo año y del relativo éxito obtenido por los médicos alemanes, se convierte en una práctica corriente en todos los países del mundo.

A partir del momento en que se logra adormecer a las personas desaparece la barrera del sufrimiento -la protección conferida al organismo por el umbral de la tolerancia al dolor- y se puede proceder a cualquier operación. Ahora bien, en ausencia de asepsia, no cabe duda de que toda operación no sólo constituye un riesgo sino, casi con toda seguridad, irá acompañada de la muerte. Por ejemplo, durante la guerra de 1870, un célebre cirujano francés, Guérin, practicó amputaciones a varios heridos pero sólo consiguió salvar a uno de los operados; los restantes fallecieron. Este es un ejemplo típico de la manera en que siempre ha funcionado la medicina,

sobre la base de sus propios fracasos e inconveniencias, y de que no existe un gran progreso médico que no haya pagado el precio de las diversas consecuencias negativas directamente vinculadas con el progreso que se trate.

Este fenómeno característico de la historia de la medicina moderna adquiere actualmente una nueva dimensión en la medida en que, hasta los últimos decenios, el riesgo médico concernía únicamente al individuo que podía morir en el momento en que iba a ser curado. A lo sumo se podría alterar su descendencia incierta, es decir, el dominio de la posible acción negativa se limitaba a una familia o una descendencia. En la actualidad, con las técnicas de que dispone la medicina, la posibilidad de modificar el armamento genético de las células no sólo afecta al individuo o a su descendencia sino a toda la especie humana; todo el fenómeno de la vida entra en el campo de acción de la intervención médica. No se sabe aún si el hombre es capaz de fabricar un ser vivo de tal naturaleza que toda la historia de la vida, el futuro de la vida, se modifique.

Surge, pues, una nueva dimensión de posibilidades médicas, a la que denominaré la cuestión de la biohistoria. El médico y el biólogo ya no trabajan en el círculo del individuo y de su descendencia sino que empiezan a hacerlo en el nivel de la propia vida y de sus acaecimientos fundamentales. Estamos en la biohistoria y éste es un elemento muy importante.

Se sabía desde Darwin que la vida evolucionaba, que la evolución de las especies vivas estaba determinada, hasta cierto punto, por accidentes que podrían ser de índole histórica. Darwin sabía, por ejemplo, que el aislamiento de Inglaterra, práctica puramente económica y política, había modificado la fauna y la flora inglesas. Pero eran las leyes generales de la vida las que en esa época se vinculaban con ese acontecimiento histórico.

En nuestros días se descubre algo nuevo: la historia del hombre y la vida tienen implicaciones profundas. La historia del hombre no continúa simplemente la de la vida, ni la reproduce, sino que la reanuda, hasta cierto punto, y puede ejercer varios efectos totalmente fundamentales sobre sus procesos. Este es uno de los grandes riesgos de la medicina actual y una de las razones del tipo de malestar que se comunica de los médicos a los pacientes, de los técnicos a la población general, en lo que se refiere a los efectos de la acción médica.

Una serie de fenómenos, como el rechazo radical y bucólico de la medicina en favor de la reconciliación no técnica con la naturaleza, temas como el milenarismo y el temor a una apocalipsis de la especie, representan de manera difusa, en la conciencia de las personas, el eco, la respuesta a esta inquietud técnica que los biólogos y los médicos empiezan a demostrar en cuanto a los efectos de su propia práctica y del propio saber. El no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber. El saber es peligroso, no sólo por sus consecuencias inmediatas para el individuo o para un grupo de individuos, sino para la propia historia. Esto constituye una de las características fundamentales de la crisis actual.

## **MEDICALIZACIÓN INDEFINIDA**

La segunda característica es lo que voy a denominar el fenómeno de la "medicalización" indefinida. Con frecuencia se afirma que en el siglo xx la medicina comenzó a funcionar fuera de su campo tradicional definido por la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, lo que promueve la intervención médica y circunscribe su campo de actividad,

definido por un territorio de objetos denominado enfermedades y que da un estatuto médico a la demanda. Así es como se define el ámbito propio de la medicina.

No cabe duda de que, si éste es su ámbito propio, la medicina actual lo ha rebasado de manera considerable por varias razones. En primer lugar, la medicina responde a otro motivo que no es la demanda del enfermo, cosa que sólo acontece en casos más bien limitados. Con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad. A este respecto pueden citarse varios ejemplos. En la actualidad no se contrata a nadie sin el dictamen del médico que examina autoritariamente al individuo. Existe una política sistemática y obligatoria de "screening", de localización de enfermedades en la población, que no responde a ninguna demanda del enfermo. Asimismo, en algunos países, la persona acusada de haber cometido un delito, es decir, una infracción considerada de suficiente gravedad como para ser juzgada por los tribunales, debe someterse obligatoriamente al examen de un perito psiquiatra, lo que en Francia es obligatorio para todo individuo puesto a disposición de las autoridades judiciales, aunque sea un tribunal correccional. Estos son simplemente algunos ejemplos de un tipo de intervención médica bastante familiar que no proviene de la demanda del enfermo.

En segundo lugar, tampoco el espacio de objetos de la intervención médica se refiere a las enfermedades sino a otra cosa. Mencionaré dos ejemplos. Desde comienzos del siglo xx, la sexualidad, el comportamiento sexual, las desviaciones o anomalías sexuales, se relacionan con la intervención médica, sin que un médico diga, a menos que sea muy ingenuo, que una anomalía sexual es una enfermedad. La intervención sistemática de una terapéutica de tipo médico en los homosexuales de los países de Europa Oriental es característica de la "medicalización" de un objeto que, ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad.

De un modo más general se puede afirmar que la salud se convirtió en un objeto de intervención médica. Todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es hoy un campo de intervención médica que, en consecuencia, ya no está vinculado exclusivamente con las enfermedades.

En realidad, la medicina de intervención autoritaria en un campo cada vez mayor de la existencia individual o colectiva es un hecho absolutamente característico. Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo.

Si bien es cierto que los juristas de los siglos xvii y xviii inventaron un sistema social que debería ser dirigido por un sistema de leyes codificadas, puede afirmarse que en el siglo xx los médicos están inventando una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Los que gobiernan en la sociedad ya no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de la normalidad.

Esta es una de las características de la medicina actual, aunque se puede demostrar fácilmente que se trata de un viejo fenómeno, de una manera propia del desarrollo del "despegue" médico. Desde el siglo xviii la medicina siempre se ocupó de lo que no se refería a ella, es decir, de otros aspectos distintos de los enfermos y las enfermedades, y precisamente así logró el desbloqueo epistemológico de finales del siglo xviii.

Hasta los años 1720-1750, las actividades de los médicos se concentraban en la demanda de los enfermos y sus enfermedades. Así fue desde la Edad Media, y puede afirmarse que los resultados científicos y terapéuticos fueron nulos. Hasta el siglo xviii la medicina no se liberó

del estancamiento científico y terapéutico en que se encontraba desde la época medieval. Fue entonces cuando empezó a considerar otros campos distintos de los enfermos, se interesó por otros aspectos que no eran las enfermedades y dejó de ser esencialmente clínica para empezar a ser social.

Los cuatro grandes procesos que caracterizan a la medicina del siglo XVIII son los siguientes:

1. Aparición de una autoridad médica, que no es simplemente la autoridad del saber, una persona erudita que sabe referirse a los buenos autores. La autoridad médica es una autoridad social que puede tomar decisiones relativas a una ciudad, un barrio, una institución, un reglamento. Es la manifestación de lo que los alemanes denominaban "Staatsmedizin", medicina del Estado.

2. Aparición de un campo de intervención de la medicina distinto de las enfermedades: el aire, el agua, las construcciones, los terrenos, los desagües, etc. En el siglo XVIII todo ello se convierte en objeto de la medicina.

3. Introducción de un aparato de medicalización colectiva, a saber, el hospital. Antes del siglo XVIII el hospital no era una institución de medicalización sino de asistencia a los pobres en espera de la muerte.

4. Introducción de mecanismos de administración médica; registro de datos, comparación, establecimiento de estadísticas, etcétera.

Con base en el hospital y en todos esos controles sociales, la medicina pudo cobrar impulso y la medicina clínica adquirió dimensiones totalmente nuevas. A medida que la medicina se convirtió en una práctica social y dejó de ser una práctica individual, se abrieron las posibilidades a la anatomía patológica, a la gran medicina hospitalaria y a los progresos que simbolizan los nombres de Bichat, Laennec, Bayle y otros.

Por consiguiente, la medicina se dedica a otros campos que no son las enfermedades y con arreglo a un sistema de relaciones no regido por la demanda del paciente; es un viejo fenómeno que forma parte de las características de la medicina moderna.

Pero lo que caracteriza al período presente en esta curva general es que la medicina de los últimos decenios, además de ocuparse de otros aspectos distintos de los pacientes y las enfermedades, comienza a no tener campo exterior.

En el siglo XIX la medicina había rebasado los límites de los enfermos y las enfermedades, pero todavía existían cosas que seguían siendo no médicas y que no parecían "medicalizables". La medicina tenía un exterior y se podía concebir la existencia de una práctica corporal, una higiene, una moral de la sexualidad, etc., no controladas ni codificadas por la medicina. La Revolución Francesa, por ejemplo, concibió una serie de proyectos de moral del cuerpo, de higiene del cuerpo, que no deberían estar en modo alguno bajo control de los médicos; se concebía una especie de régimen político feliz, en que la gestión del cuerpo humano, la higiene, la alimentación o el control de la sexualidad corresponderían a una conciencia colectiva y espontánea. Este ideal de una regulación no médica del cuerpo y de la conducta humana continuó durante el siglo XIX y lo encontramos por ejemplo en Raspail.

En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recurrir a un territorio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado. Y cuando se quiere objetar a la medicina sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos esto se hace en nombre de un saber médico más completo, más refinado y difuso.

Quisiera mencionar un ejemplo a este respecto: Illich y sus seguidores señalan que la medicina terapéutica, que interviene para responder a una sintomatología y bloquear los síntomas aparentes de las enfermedades, es una mala medicina. A ello contraponen un arte desmedicalizado de la salud, la higiene, la alimentación, el ritmo de vida, las condiciones de trabajo, la vivienda, etc. Ahora bien, ¿qué es actualmente la higiene sino una serie de reglas establecidas y codificadas por un saber biológico y médico, cuando no es la propia autoridad médica en su sentido estricto la portadora o el centro de elaboración? La antimedicina sólo puede contraponer a la medicina hechos o proyectos revestidos de una cierta forma de medicina.

Voy a citar otro ejemplo en el campo de la psiquiatría. Puede afirmarse que una primera forma de antipsiquiatría fue el psicoanálisis, que a fines del siglo XIX constituyó un proyecto de desmedicalización de varios fenómenos que la gran sintomatología psiquiátrica del propio siglo había clasificado como enfermedades. Esta antipsiquiatría, el psicoanálisis, afecta a la histeria y a la neurosis, que Freud trató de retirar de los códigos psiquiátricos, pero supone también una medicalización importante, pues la propia conducta cotidiana está actualmente sujeta a la actividad psicoanalítica, y aunque ahora se opone al psicoanálisis una antipsiquiatría o un antipsicoanálisis, se trata todavía de una actividad y un discurso de tipo médico más o menos elaborado con una perspectiva o con base en un saber médico. No se logra salir de la medicalización y todos los esfuerzos en este sentido se remiten a un saber médico.

Por último, quisiera citar otro ejemplo en el campo de la criminalidad y los exámenes periciales psiquiátricos en materia delictiva. La cuestión planteada en los códigos penales del siglo XIX consistía en determinar si un individuo era un enfermo mental o un delincuente. Según el código francés de 1810, no se puede ser al mismo tiempo delincuente y loco. El que es loco no es delincuente y el acto cometido es un síntoma, no un delito, y por lo tanto no cabe la condena.

Ahora bien, en la actualidad el individuo considerado como delincuente, y que como tal va a ser condenado, se ve sometido a examen como si fuera demente y, en definitiva, siempre se le condena en cierto modo como loco. Así lo demuestra el hecho de que, por lo menos en Francia, no se pregunte al perito psiquiatra llamado por el tribunal para que dictamine si el sujeto fue responsable del delito. La pregunta se limita a averiguar si el individuo es peligroso o no.

¿Y cuál es este concepto de peligro? Una de dos, o el psiquiatra responde que el sujeto no es peligroso, es decir, que no está enfermo ni muestra ningún signo patológico, y que al no ser peligroso no hay razón para que se le condene (su no patologización significa llevar aparejada la supresión de la condena), o bien el médico afirma que el individuo es peligroso pues tuvo una infancia frustrada, su superego es débil, no tiene noción de la realidad, muestra una constitución paranoica, etc. En este caso el individuo ha sido "patologizado" y se le puede castigar, y se le castigará en la medida en que se lo identifica como enfermo. Así pues, la vieja dicotomía que, en los términos del código, calificaba al sujeto de delincuente o de enfermo, queda totalmente eliminada. Ahora sólo hay dos posibilidades, la de un poco enfermo, siendo realmente delincuente, o un poco delincuente siendo un verdadero enfermo. El delincuente no se libra de la patología. Recientemente un ex recluso escribió un libro para hacer comprender que si robó no fue porque su madre lo destetó antes de tiempo ni porque su superego fuese débil ni tampoco porque sufriese de paranoia, sino porque le dio por robar y ser ladrón.

La preponderancia concedida a la patología se convierte en una forma general de regulación de la sociedad. La medicina ya no tiene campo exterior. Fichte hablaba de "Estado comercial cerrado" para describir la situación de Prusia en 1810. Se podría afirmar en relación con la

sociedad moderna que vivimos en "Estados médicos abiertos" en los que la dimensión de la medicalización ya no tiene límite: ciertas resistencias populares a la medicalización se deben precisamente a esta investidura de predominio perpetuo y constante.

## **ECONOMÍA POLÍTICA DE LA MEDICINA**

Por último, quisiera exponer otra característica de la medicina moderna, a saber, lo que podría denominarse la economía política de la medicina.

Tampoco se trata de un fenómeno reciente, pues desde el siglo XVIII la medicina y la salud fueron presentadas como problema económico. Por exigencias económicas la medicina surgió a finales del siglo XVIII. No hay que olvidar que la primera gran epidemia estudiada en Francia en el siglo XVII y que dio lugar a un acopio nacional de datos no era en realidad una epidemia sino una epizootia. Se trataba de una mortandad catastrófica en una serie de rebaños del sur de Francia lo que contribuyó al origen de la Real Sociedad de Medicina. La Academia de Medicina de Francia nació de una epizootia, no de una epidemia, lo que demuestra que los problemas económicos fueron los que motivaron el comienzo de la organización de la medicina.

Puede afirmarse también que la gran neurología de Duchenne de Boulogne, de Charcot..., nació con los accidentes ferroviarios y accidentes de trabajo ocurridos alrededor de 1860, en el momento en que se planteaba el problema de los seguros, la incapacidad para el trabajo, la responsabilidad civil de los patronos o de los encargados de los transportes. La base económica de la medicina moderna estuvo presente en su historia.

Pero lo que resulta peculiar en la situación actual es que la medicina se vinculó con los grandes problemas económicos a través de un aspecto distinto del tradicional. En otro momento lo que se exigía a la medicina era el efecto económico de dar a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza laboral, su mejoramiento y reproducción. Se recurrió a la medicina como a un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna.

En la actualidad la medicina entronca con la economía por otro conducto. No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en la medida en que se convirtió en objeto de consumo, en producto que puede ser fabricado por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumido por otros -los enfermos posibles y reales- adquirió importancia económica y se introdujo en el mercado.

El cuerpo humano se vio doblemente englobado por el mercado: en primer lugar en tanto que cuerpo asalariado, cuando el hombre vendía su fuerza de trabajo, y en segundo lugar por intermedio de la salud. Por consiguiente el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico, puesto que es susceptible a las enfermedades y a la salud, al bienestar o al malestar, a la alegría o al sufrimiento, en la medida que es objeto de sensaciones, deseos, etcétera.

Desde el momento en que el cuerpo humano entra en el mercado, por mediación del consumo de salud, aparecen varios fenómenos que causan disfunciones en el sistema de salud y en la medicina contemporánea.

Contrariamente a lo que cabía esperar, la introducción del cuerpo humano y de la salud en el sistema de consumo y mercado no elevó de una manera correlativa y proporcional el nivel de

salud. La introducción de la salud en un sistema económico que podía ser calculado y medido indicó que el nivel de salud no operaba en la actualidad como el nivel de vida. Si el nivel de vida se define como la capacidad de consumo de los individuos, el crecimiento del consumo humano, que aumenta igualmente el nivel de salud, no mejora en la misma proporción en que aumenta el consumo médico. Los denominados economistas de la salud estudiaron varios hechos de esta naturaleza. Por ejemplo, Charles Levinson, en un estudio sobre la producción de la salud que data de 1964, indicó que al aumentar en un 1% el consumo de los servicios médicos descendió en un 0,1% el nivel de mortalidad, desviación que puede considerarse como normal pero que sólo ocurre en un medio puro y ficticio. En el momento en que el consumo médico se coloca en el medio real, se observa que las variedades del medio, en particular el consumo de alimentos, la educación y los ingresos familiares, son factores que influyen más que el consumo médico en la tasa de mortalidad. Por ejemplo, el aumento de los ingresos puede ejercer un efecto negativo sobre la mortalidad y es dos veces mayor que el consumo de medicamentos. Es decir, si los ingresos sólo aumentan en la misma proporción que el consumo de servicios médicos, el beneficio que supone el aumento del consumo médico quedará anulado e invertido por el pequeño incremento de los ingresos. De manera análoga, la educación actúa sobre el nivel de vida en una proporción dos veces y media mayor que el consumo médico. Por consiguiente, para una vida prolongada, es preferible poseer un mayor nivel de educación que un mayor consumo médico.

Así, pues, si el consumo médico se coloca en el conjunto de variables que pueden actuar sobre la tasa de mortalidad, se observará que este factor es el más débil de todos. Las estadísticas de 1970 indican que, a pesar de un aumento constante del consumo médico, la tasa de mortalidad, que es uno de los indicadores más importantes de salud, no disminuyó, y resulta todavía mayor para los hombres que para las mujeres.

Por consiguiente, el nivel de consumo médico y el nivel de salud no guardan relación directa, lo que revela una paradoja económica de un crecimiento de consumo que no va acompañado de ningún fenómeno positivo del lado de la salud, la morbilidad y la mortalidad. Otra paradoja de esta introducción de la salud en la economía política es el hecho de que las transferencias sociales que se esperaban de los sistemas del seguro social no desempeñan la función deseada. En realidad, la desigualdad de consumo de los servicios médicos es casi tan importante como antes. Los más adinerados continúan utilizando los servicios médicos mucho más que los pobres, como ocurre hoy en Francia, lo que da lugar a que los consumidores más débiles, o sea los más pobres, paguen con sus contribuciones el superconsumo de los más ricos. Por añadidura, las investigaciones científicas y la mayor parte del equipo hospitalario más valioso y caro se financian con la cuota del seguro social, mientras que los sectores en manos de la medicina privada son los más rentables porque técnicamente resultan menos complicados. Lo que en Francia se denomina albergue médico, es decir, una hospitalización breve por motivos leves, como una pequeña operación, pertenece al sector privado y de esa manera lo sostiene el financiamiento colectivo y social de las enfermedades.

Así vemos que la igualación del consumo médico que se esperaba del seguro social se adulteró en favor de un sistema que tiende cada vez más a restablecer las grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte que caracterizaban a la sociedad del siglo XIX. Hoy, el derecho a la salud igual para todos pasa por un engranaje que lo convierte en una desigualdad.

Se plantea a los médicos el siguiente problema: ¿cuál es el destino de la financiación social de la medicina, el lucro derivado de la salud? Aparentemente esta financiación va a parar a los

médicos, pero en realidad no sucede así. La remuneración que reciben los médicos, por importante que sea en ciertos países, no representa nada en los beneficios económicos derivados de la enfermedad o de la salud. Los que realmente obtienen la mayor rentabilidad de la salud son las grandes empresas farmacéuticas. En efecto, la industria farmacéutica está sostenida por la financiación colectiva de la salud y la enfermedad, por mediación de las instituciones del seguro social que obtienen fondos de las personas que obligatoriamente deben protegerse contra las enfermedades. Si esta situación todavía no está bien presente en la conciencia de los consumidores de salud, es decir, de los asegurados sociales, los médicos la conocen perfectamente. Estos profesionales se dan cada vez más cuenta de que se están convirtiendo en intermediarios casi automáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir, en simples distribuidores de medicamentos y medicación.

Vivimos una situación en la que ciertos hechos fueron llevados a un paroxismo. Y estos hechos, en el fondo, son los mismos de todo el desarrollo médico del sistema a partir del siglo XVIII cuando surgió una economía política de la salud, los procesos de medicalización generalizada, los mecanismos de la biohistoria. La denominada crisis actual de la medicina no es más que una serie de fenómenos suplementarios exacerbados que modifican algunos aspectos de la curva, pero que no la crearon.

La situación actual no se debe considerar en función de medicina o antimedicina, de interrupción o no interrupción de los costes, de retorno o no a una especie de higiene natural, al bucolismo paramédico. Estas alternativas carecen de sentido. En cambio sí tiene sentido, y por eso ciertos estudios históricos pueden resultar de cierta utilidad, tratar de comprender en qué consistió el "despegue" sanitario y médico de las sociedades de tipo europeo a partir del siglo XVIII. Interesa saber cuál fue el modelo utilizado y en qué medida se puede modificar, y por último, en el caso de las sociedades que no conocieron ese modelo de desarrollo de la medicina -que por su situación colonial o semicolonial sólo tuvieron una relación remota o secundaria con estas estructuras médicas y ahora piden una medicalización, a la que tienen derecho porque las enfermedades infecciosas afectan a millones de personas- no sería válido emplear el argumento, en nombre de un bucolismo antimédico, de que cuando estos países no sufran estas infecciones experimentarán enfermedades degenerativas como en Europa. Es preciso averiguar si el modelo de desarrollo médico de Europa surgido a partir de los siglos XVIII y XIX se debe reconstituir o modificar y en qué medida esto debe hacerse para su aplicación eficaz en esas sociedades sin que se produzcan consecuencias negativas.

Por eso creo que la revisión de la historia de la medicina que podamos realizar tiene cierta utilidad: se trata de conocer mejor no tanto la crisis actual de la medicina -lo que constituye un concepto falso-, sino cuál fue el modelo de funcionamiento histórico de esa disciplina desde el siglo XVIII, para saber en qué medida hoy se puede modificar.

Es el mismo problema que se plantean los economistas modernos que se vieron obligados a estudiar el "despegue" económico de Europa a partir de los siglos XVII y XVIII para ver si ese modelo de desarrollo se podía adaptar a sociedades todavía no industrializadas.

Se requiere la modestia y el orgullo de esos economistas para afirmar que la medicina no debe ser rechazada ni adoptada como tal; que la medicina forma parte de un sistema histórico; que no es una ciencia pura y que forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder, y que es necesario determinar los vínculos entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para ver en qué medida se puede rectificar o aplicar el modelo.

## 7. Historia de la medicalización

En mi conferencia precedente traté de demostrar que el problema fundamental no reside en la antimedicina contra la medicina, sino en el desarrollo del sistema médico y el modelo seguido por el "despegue" médico y sanitario de Occidente a partir del siglo XVIII. Procuré, pues, situar tres puntos a mi juicio importantes:

1) La *biohistoria*, es decir, el efecto en el ámbito biológico de la intervención médica; la huella que puede dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII. La historia de la especie humana no permaneció indiferente a la medicalización. Este es un primer campo de estudio aún no muy bien analizado, pero ya circunscrito.

Sabemos que varias enfermedades infecciosas desaparecieron de la historia de Occidente incluso antes de introducirse la gran quimioterapia del siglo XX. La peste, o la serie de enfermedades a las que los cronistas, historiadores y médicos de la época dieron ese nombre, se fue desvaneciendo durante los siglos XVIII y XIX sin que se conozcan las razones ni los mecanismos de este fenómeno, que debe ser estudiado.

Otro caso célebre es el de la tuberculosis. Por cada 700 enfermos que en 1820 morían de tuberculosis sólo 350 corrían la misma suerte en 1882, año en que Koch descubrió el bacilo que lleva su nombre; y cuando en 1945 se introdujo la quimioterapia, la cifra quedó reducida a 50. ¿Cómo y por qué razón se produjo esta regresión de la enfermedad? ¿Cuáles son, desde el punto de vista de la biohistoria, los mecanismos que intervinieron? No cabe la menor duda de que el cambio de las condiciones socioeconómicas, los fenómenos de adaptación, los de resistencia del organismo, el propio debilitamiento del bacilo y las medidas de higiene y de aislamiento ejercieron una función importante. Los conocimientos al respecto distan de ser completos, pero sería interesante estudiar la evolución de las relaciones entre la especie humana y su campo bacilar o vírico y las intervenciones de la higiene, de la medicina, de las diferentes modalidades terapéuticas.

En Francia, un grupo de historiadores -como Le Roy Ladurie y Jean-Pierre Peter - han comenzado a analizar esos fenómenos, y sobre la base de estadísticas del reclutamiento militar en el siglo XIX, examinaron ciertas evoluciones somáticas de la especie humana.

2) La *medicalización*, es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se viesen englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina.

La investigación médica, cada vez más penetrante y minuciosa, y la ampliación de las instituciones de salud también merecen ser estudiadas. Y así trato de hacerlo con algunos grupos en el Colegio de Francia, uno de los cuales estudia el crecimiento de la hospitalización y sus mecanismos en el siglo XVIII y comienzos del XIX, mientras que otros se dedican a los hospitales y ahora proyectan realizar un estudio de la vivienda y todo lo que ella encierra: el sistema de desagües, vías de tránsito, equipos colectivos que aseguran el funcionamiento de la vivienda particular en el medio urbano.

3) La *economía de la salud*, o sea, la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas. Se trata de un problema difícil y complejo, cuyos antecedentes no se conocen bien. En Francia hay un grupo que se dedica a ese tema, el "Centre d'Etudes et de Recherches du Bienêtre" (CEREBRE), del que forman parte Letourmy, Karsenty y Charles Dupuy, que estudian principalmente los problemas de consumo de salud de los últimos treinta años.

## HISTORIA DE LA MEDICALIZACIÓN

Puesto que me dedico esencialmente a investigar la historia de la medicalización, a continuación analizaré algunos de los aspectos de la medicalización de las sociedades y de la población a partir del siglo XIX, tomando como referencia el ejemplo francés, con el que estoy más familiarizado. Concretamente me referiré al nacimiento de la medicina social.

Con frecuencia, se observa que ciertos críticos de la medicina actual sostienen el concepto de que la medicina antigua -griega y egipcia- o las formas de medicina de las sociedades primitivas, son medicinas sociales, colectivas, no concentradas en el individuo. Mi ignorancia en etnología y egiptología me impide opinar sobre el problema; pero a pesar de los escasos conocimientos que poseo de la historia griega la idea me deja perplejo, pues no concibo cómo se puede calificar de colectiva y social a la medicina griega.

Pero éstos no son los problemas importantes. La cuestión estriba en saber si la medicina moderna, científica, que nació a fines del siglo XVIII entre Morgagni y Bichat, con la introducción de la anatomía patológica, es o no individual. ¿Se podría afirmar, como lo hacen algunos -en una perspectiva que consideran política pero que no lo es por no ser histórica- que la medicina moderna es individual porque penetró en el interior de las relaciones de mercado?; ¿la medicina moderna, en la medida en que está vinculada con una economía capitalista, es una medicina individual o individualista que conoce únicamente la relación de mercado del médico con el enfermo e ignora la dimensión global, colectiva, de la sociedad?

Procuraré demostrar que éste no es el caso. La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y sólo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente.

A este respecto quisiera hacer referencia al libro de Varn L. Bullough, *The Development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine*<sup>1</sup>, en el que se muestra claramente el carácter individualista de la medicina medieval y unas dimensiones colectivas de la actividad médica extraordinariamente discretas y limitadas.

Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.

¿Cómo se produjo esta socialización?

---

<sup>1</sup> Nueva York, Hafner Publications, 1965.

Quisiera explicar mi posición en relación con ciertas hipótesis generalmente aceptadas. Es cierto que el cuerpo humano se reconoció política y socialmente como fuerza de trabajo. Sin embargo, parece característico de la evolución de la medicina social, o sea, de la propia medicina en Occidente, que al principio el poder médico no se preocupó del cuerpo humano como fuerza de producción. La medicina no estaba interesada por el cuerpo del proletario, por el cuerpo humano, como instrumento laboral. No fue sino hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos.

Podríamos reconstruir tres etapas de la formación de la medicina social: la medicina del Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral.

## MEDICINA DE ESTADO

La "medicina de Estado" se desarrolló principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII. Sobre este problema específico conviene mencionar la afirmación de Marx en el sentido de que la economía era inglesa, la política francesa y la filosofía alemana, pues fue en Alemania donde se formó en el siglo XVIII -mucho antes que en Francia e Inglaterra- lo que puede denominarse ciencia del Estado. El concepto de "Staatswissenschaft" es producto de Alemania, y bajo el nombre de "ciencia de Estado" se pueden agrupar dos aspectos que surgen en esa época en el propio país:

1. Por un lado, un conocimiento cuyo objeto es el Estado; no sólo los recursos naturales de una sociedad, ni las condiciones de su población, sino también el funcionamiento general de la maquinaria política. Las investigaciones sobre los recursos y el funcionamiento de los Estados constituye una especialidad, una disciplina alemana del siglo XVIII.

2. Por otro lado, la expresión abarca también la serie de procedimientos mediante los cuales el Estado obtuvo y acumuló conocimientos para garantizar su funcionamiento.

El Estado, como objeto de conocimiento y como instrumento y lugar de adquisición de conocimientos científicos, se desarrolló con más rapidez e intensidad en Alemania que en Francia e Inglaterra. No es fácil determinar la razón de este fenómeno, y hasta ahora los historiadores no se han ocupado demasiado del asunto o del problema del nacimiento de la ciencia del Estado o de una ciencia estatal en Alemania. A mi juicio ello se debe al hecho de que Alemania no se convierte en Estado unitario hasta el siglo XIX, después de una yuxtaposición de cuasi Estados, pseudo-Estados, pequeñas unidades muy poco "estatales". Y precisamente a medida que se forman los Estados, se van desarrollando esos conocimientos estatales y la preocupación por el propio funcionamiento del Estado. Las pequeñas dimensiones de los Estados, las yuxtaposiciones, sus perpetuos conflictos y sus confrontaciones, la balanza de fuerzas siempre desequilibradas y variables, les obligaron a ponderarse y a compararse unos con otros, a imitar sus métodos y a tratar de sustituir la fuerza por otras relaciones.

Mientras que los grandes Estados, como Francia e Inglaterra, podían funcionar relativamente sin preocupación, provistos de poderosas maquinarias como las del ejército o la policía, en Alemania la pequeña dimensión de los Estados hizo necesaria y posible esa conciencia discursiva del funcionamiento estatal de la sociedad.

Otra razón de esta evolución de la ciencia del Estado es la falta de desarrollo económico, o su estancamiento, en Alemania en el siglo XVII, después de la guerra de los 30 años y de los grandes tratados de Francia y Austria.

Después del primer movimiento de desarrollo de Alemania en la época del Renacimiento, surgió en forma limitada la burguesía, cuyo impulso económico fue bloqueado en el siglo XVII, impidiéndole hallar una ocupación y subsistir en el comercio, en la manufactura y en la industria naciente. Buscó entonces apoyo en los soberanos y formó un cuerpo de funcionarios disponibles para la maquinaria estatal que los propios soberanos tenían que montar, en su provecho, para modificar las relaciones de fuerza con sus vecinos.

Esta burguesía económicamente desocupada se acogió a los soberanos que se enfrentaban en una situación de lucha perpetua y ofreció sus hombres, sus capacidades, sus recursos, etc., a la organización de los Estados. De ahí que el concepto moderno de Estado, con todo su aparato, sus funcionarios, su saber, se desarrollara en Alemania antes que en otros países políticamente más poderosos, como Francia, o económicamente más desarrollados, como Inglaterra.

El Estado moderno surgió donde no había poder político ni desarrollo económico y precisamente por esas razones negativas Prusia, el primer Estado moderno, nació en el corazón de Europa, en un área más pobre, con menos desarrollo económico y más conflictiva políticamente. Mientras Francia e Inglaterra se aferraban a las viejas estructuras, Prusia se convirtió en el primer modelo de Estado moderno.

Estos análisis históricos sobre el nacimiento de la ciencia y de la reflexión sobre el Estado en el siglo XVIII sólo pretenden explicar cómo y por qué la medicina de Estado pudo aparecer primero en Alemania.

A partir de fines del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico característico de la época dominada por el mercantilismo, todas las naciones del mundo europeo se preocupaban por la salud de su población. El mercantilismo no era simplemente una teoría económica sino también una práctica política que consistía en regular las corrientes monetarias entre las naciones, los correspondientes flujos de mercaderías y la actividad productora de la población. La política mercantilista se basaba esencialmente en el aumento de la producción y de la población activa con el propósito de establecer corrientes comerciales que permitiesen al Estado conseguir la mayor afluencia monetaria posible, gracias a la cual podría costear el mantenimiento de los ejércitos y toda la maquinaria que asegurase la fuerza real de un Estado con relación a los demás.

Desde esta perspectiva, Francia, Inglaterra y Austria comenzaron a calcular la fuerza activa de sus poblaciones. Así se originan en Francia las estadísticas de natalidad y mortalidad, y en Inglaterra los grandes recuentos de población que aparecieron en el siglo XVII. Pero tanto en Francia como en Inglaterra la única preocupación sanitaria del Estado fue el establecimiento de estas tablas de natalidad y mortalidad, índice de salud de la población y el crecimiento de la propia población, sin ninguna intervención eficaz y organizada para elevar el nivel de salud.

En Alemania, por el contrario, se desarrolló una práctica médica efectivamente centrada en el mejoramiento de la salud de la población. Frank y Daniel, por ejemplo, propusieron entre 1750 y 1770 programas en ese sentido; fue lo que se llamó por primera vez policía médica de un Estado. El concepto de "Medizinischepolizei", policía médica, que se crea en 1764, encierra algo más que un recuento de la mortalidad o la natalidad.

Programada en Alemania a mediados del siglo xvii e implantada a fines del mismo siglo, y comienzos del siguiente, la policía médica consistía en:

1. Un sistema mucho más completo de observación de la morbilidad que el existente con las simples tablas de natalidad y mortalidad, sobre la base de la información pedida a los hospitales y a los médicos en ejercicio de la profesión en diferentes ciudades o regiones y el registro, a nivel del propio Estado, de los diferentes fenómenos epidémicos o endémicos observados.

2. Un fenómeno importante de la normalización de la práctica y del saber médico fue el de dejar en manos de la Universidad, y sobre todo de la propia corporación de los médicos, la decisión sobre la formación médica y la concesión de los títulos.

Surge así la idea de una normalización de la enseñanza médica y especialmente de un control estatal de los programas de enseñanza y de la concesión de títulos. La medicina y el médico, son, por lo tanto, el primer objeto de la normalización. El concepto de normalización empieza por aplicarse al médico antes que al enfermo. El médico fue el primer individuo normalizado en Alemania. Ese movimiento hacia la normalización en Europa requiere ser estudiado por los que se interesan en la historia de las ciencias. En Alemania se produjo la normalización de los médicos, pero en Francia, por ejemplo, la normalización de las actividades a nivel estatal se dirigió, al principio, a la industria militar, o sea, se normalizó primero la producción de cañones y fusiles, a mediados del siglo xviii, con el fin de asegurar la utilización de cualquier tipo de fusil por cualquier soldado, la reparación de cualquier cañón en cualquier taller, etc. Después de normalizar los cañones, Francia procedió a la normalización de sus profesores. Las primeras escuelas normales destinadas a ofrecer a todos los profesores el mismo tipo de formación y, por consiguiente, el mismo nivel de competencia, se crearon hacia 1775 y se institucionalizaron en 1790 o 1791. Francia normalizó sus cañones y sus profesores, Alemania normalizó sus médicos.

3. Una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos. En Prusia, al igual que en los otros estados de Alemania, en el ámbito del ministerio de la administración central se encomienda a una oficina especializada la función de reunir la información que los médicos transmiten; observar cómo se realizan las indagaciones médicas de la población; verificar qué tratamientos se administran; cuáles son las reacciones ante la aparición de una enfermedad epidémica y, por último, expedir órdenes en función de esa información centralizada. Todo ello suponía, pues, una subordinación de la práctica médica a un poder administrativo superior.

4. La creación de funcionarios médicos nombrados por el gobierno que asumen la responsabilidad de una región, su dominio por el poder que poseen o el ejercicio de autoridad que les confiere su saber. Es así como un proyecto adoptado por Prusia en los comienzos del siglo xix forma una pirámide de médicos que incluye desde el médico de distrito encargado de una población de 6.000 a 10.000 habitantes hasta los responsables de una región mucho mayor y una población entre 35.000 y 50.000. Aparece en ese momento el médico como administrador de salud.

La organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una organización médica estatal, llevan aparejados una serie de fenómenos enteramente nuevos que caracterizan lo que podría denominarse *medicina de Estado*.

Esa medicina de Estado, que apareció con cierta precocidad incluso antes de la creación de la gran medicina científica de Morgagni y Bichat, no tuvo por objeto la formación de una fuerza laboral adaptada a las necesidades de las industrias que se desarrollaban en ese momento. No es

el cuerpo del trabajador lo que interesa a esa administración estatal de salud, sino el propio cuerpo de los individuos que en su conjunto constituyen el Estado. No se trata de la fuerza laboral sino de la fuerza del Estado frente a sus conflictos, sin duda económicos pero también políticos, con sus vecinos. Por eso la medicina debe perfeccionar y desarrollar esa fuerza estatal. Esta preocupación de la medicina del Estado encierra cierta solidaridad económico-política. Sería, por lo tanto, falso vincularla con el interés inmediato de obtener una fuerza laboral disponible y vigorosa.

El ejemplo es también importante porque muestra cómo, de manera paradójica, la medicina moderna se inicia en el momento culminante del estatismo. Desde la introducción de esos proyectos, en gran parte a fines del siglo XVIII y principios del XIX, desde la implantación de la medicina estatal en Alemania, ningún Estado se atrevió a proponer una medicina tan claramente burocratizada, colectivizada y "estatalizada". Por consiguiente, no se evolucionó poco a poco hacia una medicina cada vez más "estatalizada" y socializada, sino que la gran medicina clínica del siglo XIX va inmediatamente precedida de una medicina estatalizada al máximo. Los otros sistemas de medicina social de los siglos XVIII y XIX son atenuaciones de ese modelo profundamente estatal y administrativo introducido ya en Alemania.

Esta es la primera serie de fenómenos a la que he querido referirme, fenómenos que, en general, no han recibido ninguna atención por parte de los historiadores de la medicina aunque hay que exceptuar el análisis realizado muy de cerca por Georges Rosen en la serie de estudios sobre las relaciones entre el cameralismo, el mercantilismo y el concepto de política médica. El propio autor publicó en 1958, en el *Bulletin of History of Medicine*, un artículo sobre el problema, titulado "Cameralism and concept of medical police" y lo incluyó posteriormente en su libro *A History of Public Health*<sup>2</sup>.

## MEDICINA URBANA

La segunda trayectoria del desarrollo de la medicina social está representada por el ejemplo de Francia, donde, a fines del siglo XVIII surgió una medicina social, al parecer no apoyada por la estructura del Estado, como en Alemania, sino por un fenómeno enteramente distinto: la urbanización. En efecto, con el desenvolvimiento de las estructuras urbanas se desarrolla en Francia la medicina social.

Para saber cómo y por qué ocurrió este fenómeno hagamos un poco de historia. Es preciso imaginar una gran ciudad francesa entre 1750 y 1780, como una multiplicidad enmarañada de territorios heterogéneos y poderes rivales. París, por ejemplo, no formaba una unidad territorial, una región en la que se ejercía un poder único, sino que existía todo un conjunto de poderes señoriales detentados por seglares, por la Iglesia, por comunidades religiosas y corporaciones, poderes con autonomía y jurisdicción propias. Por añadidura, existían los representantes del poder estatal: el representante del rey, el intendente de policía, los representantes de los poderes parlamentarios.

En la segunda mitad del siglo XVIII se planteó el problema de la unificación del poder urbano. Se sintió la necesidad, al menos en las grandes poblaciones, de constituir la ciudad como

---

<sup>2</sup> Nueva York, MD Publications, 1958. Hay traducción española, véase G. Rosen: De la policía médica a la medicina social, Siglo XXI, México, 1985.

unidad, de organizar el cuerpo urbano de un modo coherente y homogéneo, regido por un poder único y bien reglamentado.

A este respecto entraron en juego varios factores. En primer lugar, indudablemente, razones de tipo económico. A medida que la ciudad se va convirtiendo en un importante centro de mercado que unifica las relaciones comerciales, no simplemente a nivel de una región sino también a escala nacional y aun internacional, se hace intolerable para la industria naciente la multiplicidad de jurisdicciones y de poderes. El hecho de que la ciudad no fuera sólo un lugar de mercado sino también un lugar de producción obligó a recurrir a mecanismos de regulación homogéneos y coherentes.

La segunda razón fue política. El desarrollo de las ciudades, la aparición de una población obrera pobre, que en el siglo XIX se convierte en el proletariado, tenía que aumentar las tensiones políticas en el interior de las ciudades. La coexistencia de diferentes grupos pequeños -corporaciones, oficios, cuerpos, etc.- que se oponían unos a otros, pero que se equilibraban y neutralizaban, empieza a reducirse a una especie de enfrentamiento entre ricos y pobres, plebe y burguesía, que se traduce en disturbios y sublevaciones urbanas cada vez más numerosos y frecuentes. Las llamadas revueltas de subsistencia, el hecho de que en un momento de alza de precios o baja de salarios los más pobres, al no poder alimentarse, saquearan los silos, mercados y bodegas, eran fenómenos que, si bien no fueron enteramente nuevos en el siglo XVIII, cobraron cada vez más ímpetu y condujeron a los grandes disturbios contemporáneos de la Revolución Francesa.

En resumen, se puede afirmar que hasta el siglo XVII, en Europa, el peligro social estuvo en el campo. Los campesinos paupérrimos, al tener que pagar más impuestos, empuñaban la hoz e iban a atacar los castillos o las ciudades. Las revueltas del siglo XVII fueron revueltas campesinas, a las que después se unieron las ciudades. Por el contrario, a fines del siglo XVIII, las revueltas campesinas comienzan a ceder gracias a la elevación del nivel de vida de los campesinos, pero los conflictos urbanos se vuelven cada vez más frecuentes con la formación de una plebe en vías de proletarizarse. De ahí la necesidad de un serio poder político capaz de investigar el problema de esta población urbana.

Es en esos momentos cuando surge y se acrecienta una actitud de temor, de angustia, frente a la ciudad. Por ejemplo, Cabanis, filósofo de finales del siglo XVIII, comentaba respecto de la ciudad que siempre que los hombres se reúnen, sus costumbres se alteran; siempre que se reúnen en lugares cerrados se alteran sus costumbres y su salud. Nació entonces lo que podía calificarse como el temor urbano, el miedo a la ciudad, la angustia ante la ciudad, con ciertas características: miedo a los talleres y fábricas que se están construyendo, al hacinamiento de la población, a la excesiva altura de los edificios, y también a las epidemias urbanas, a los contagios cada vez más numerosos y que se van extendiendo por la ciudad; miedo a las cloacas, a las cuevas sobre las que se construían las casas expuestas al peligro de desmoronarse.

La vida de las grandes ciudades del siglo XVIII, especialmente París, suscitaba una serie de pequeños pánicos. A este respecto puede citarse el ejemplo del Cementerio de los Inocentes en el centro de París, donde eran arrojados, unos sobre otros, los cadáveres de las personas cuyos recursos o categoría social no bastaban para costear o merecer una sepultura individual. El pánico urbano era característico de la preocupación, de la inquietud político-sanitaria que se va creando a medida que se desarrolla el engranaje urbano. Para dominar esos fenómenos médicos y políticos que causaban una inquietud tan intensa a la población de las ciudades, particularmente a la burguesía, había que tomar medidas.

En ese momento interviene un nuevo mecanismo que cabía esperar, pero que no entra en el esquema habitual de los historiadores de la medicina. ¿Cuál fue la reacción de la clase burguesa que sin ejercer el poder, detentado por las autoridades profesionales, lo reivindicó? Recurrió a un modelo de intervención muy bien establecido, pero raramente utilizado: el modelo médico y político de la cuarentena.

Desde fines de la Edad Media existía no sólo en Francia sino en todos los países europeos "un reglamento de urgencia", como se llamaría hoy, que debía ser aplicado cuando la peste o una enfermedad epidémica, violenta, apareciera en la ciudad. Ese plan de urgencia consistía en lo siguiente:

1. Todas las personas debían permanecer en casa para ser localizadas en un lugar único. Cada familia en su hogar y, de ser posible, cada persona en su propio aposento. Nadie se debía mover.

2. La ciudad debía dividirse en barrios a cargo de una autoridad especialmente designada. De este jefe de distrito dependían los inspectores, que debían recorrer las calles durante el día o permanecer en sus extremos para verificar si alguien salía de su vivienda. Se trataba, pues, de un sistema de vigilancia generalizada que dividía y controlaba el espacio urbano.

3. Estos vigilantes de calle o de barrio debían presentar todos los días al alcalde de la ciudad un informe detallado de todo lo que habían observado. Se empleaba, por lo tanto, un sistema no sólo de vigilancia sino también de registro centralizado.

4. Los inspectores debían pasar revista diariamente a todos los habitantes de la ciudad. En todas las calles por donde pasaban pedían a cada habitante que se presentara en determinada ventana, a fin de verificar si seguía viviendo y de anotarlo en el registro general. El hecho de que una persona no apareciera en la ventana significaba que estaba enferma, que había contraído la peste, y por lo tanto había que recogerla para trasladarla a una enfermería especial fuera de la ciudad. Se trataba, pues, de una revisión exhaustiva de los vivos y de los muertos.

5. Se procedía a la desinfección casa por casa, con la ayuda de perfumes e inciensos.

Ese plan de cuarentena fue un ideal político-médico de la buena organización sanitaria de las ciudades en el siglo XVIII. Hubo fundamentalmente dos grandes modelos de organización médica en la historia occidental: uno suscitado por la lepra y otro por la peste.

En la Edad Media, en cuanto se descubría un caso de lepra era inmediatamente expulsado del espacio común, de la ciudad, desterrado a un lugar confuso donde su enfermedad se mezclaría con la de otros. El mecanismo de la exclusión era el de la purificación del medio urbano. Medicalizar a un individuo significaba separarlo y, de esta manera, purificar a los demás. Era una medicina de exclusión. El propio Internamiento de dementes, malhechores, pobres y vagabundos, a comienzos del siglo XVII, obedeció todavía a ese sistema de pensamiento.

En compensación, existió otro gran sistema político-médico que fue establecido no contra la lepra, sino contra la peste. En este caso la medicina no excluía ni expulsaba al enfermo a una región tétrica y llena de confusión. El poder político de la medicina consistía en distribuir a los individuos unos al lado de otros, aislarlos, individualizarlos, vigilarlos uno a uno, verificar su estado de salud, comprobar si vivían o habían muerto, y en mantener así a la sociedad en un espacio dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos.

Hubo, pues, el esquema médico de reacción a la lepra, que era de exclusión, de exilio, de tipo religioso, de purificación de la ciudad, y el que suscitó la peste, en el que no se aplicaba el

Internamiento y el agrupamiento fuera del centro urbano sino, por el contrario, se recurría al análisis minucioso de la ciudad, al registro permanente. El modelo religioso fue, pues, sustituido por el modelo militar, y es la revisión militar y no la purificación religiosa la que en el fondo sirvió esencialmente de modelo a esta organización político-médica.

La medicina urbana, con sus métodos de vigilancia y de hospitalización, no fue más que un perfeccionamiento, en la segunda mitad del siglo XVIII, del esquema político-médico de la cuarentena que había sido iniciado a fines de la Edad Media, en los siglos XVI y XVII. La higiene pública fue una variación refinada de la cuarentena y de ahí parte la gran medicina urbana que aparece en la segunda mitad del siglo XVIII y que se desarrolla sobre todo en Francia.

Los objetivos de la medicina urbana eran esencialmente los siguientes:

1. Analizar los lugares de acumulación y amontonamiento de todo lo que en el espacio urbano podía provocar enfermedades, lugares que generaban y difundían fenómenos epidémicos o endémicos. Se trataba fundamentalmente de los cementerios. Fue así como surgieron entre 1740 y 1750 las protestas contra el hacinamiento de los cementerios y comenzaron los primeros grandes desplazamientos de los cementerios hacia la periferia de la ciudad alrededor de 1780. En esta época aparece el cementerio individualizado, es decir, el ataúd individual, la sepultura reservada para las familias, donde se escribe el nombre de cada uno de sus miembros.

Es frecuente la creencia de que, en la sociedad moderna, el culto a los muertos se debe a las enseñanzas del cristianismo. No comparto esta opinión. No hay nada en la teología cristiana que induzca a creer en el respeto al cadáver propiamente dicho. El Dios cristiano Todopoderoso puede resucitar a los muertos aun cuando estén mezclados en el osario.

La individualización del cadáver, del ataúd y de la tumba aparecieron a fines del siglo XVIII por razones no teológico-religiosas de respeto al cadáver, sino por motivos político-sanitarios de respeto a los vivos. Para proteger a los vivos de la influencia nefasta de los muertos, era preciso que estos últimos estuviesen tan bien clasificados -o mejor, si ello era posible- que los primeros.

De esta manera apareció en la periferia de las ciudades, a fines del siglo XVIII, un verdadero ejército de muertos tan bien alineados como una tropa a la que se pasa revista, pues era necesario controlar, analizar y reducir ese peligro perpetuo que constituyen los muertos. En consecuencia, se los debía colocar en el campo, ordenadamente uno al lado del otro en las grandes planicies que circundaban las ciudades.

No era una idea cristiana, sino médica, política. La mejor prueba es que, cuando se pensó en el traslado del Cementerio de los Inocentes de París, se acudió a Fourcroy, uno de los más grandes químicos de fines del siglo XVIII, para saber cómo había que combatir la influencia de ese cementerio, y fue él quien pidió que se trasladase, fue él quien, al estudiar las relaciones del organismo vivo y el aire que se respira, se encargó de esta primera policía médica urbana, sancionada por el exilio de los cementerios.

Otro ejemplo es el caso de los mataderos, también situados en el centro de París, respecto de los cuales se decidió, después de consultar con la Academia de Ciencias, instalarlos en los alrededores de la ciudad, al este, en La Villette.

El primer objetivo de la medicina consistía, por lo tanto, en analizar los sectores de hacinamiento, de confusión y de peligro en el recinto urbano.

2. La medicina urbana tuvo un nuevo objetivo: el control de la circulación, no de la circulación de los individuos sino de las cosas o de los elementos, esencialmente el agua y el aire.

Era una vieja creencia del siglo XVIII la de que el aire influía directamente sobre el organismo, porque transportaba miasmas o porque su excesiva frialdad, calor, sequedad o humedad se transmitían al organismo y, por último, que el aire ejercía, por acción mecánica, una presión directa sobre el cuerpo. El aire era considerado uno de los grandes factores patógenos.

Pero ¿cómo mantener las cualidades del aire en una ciudad y lograr un aire sano cuando éste está bloqueado y no puede circular entre los muros, las casas, los recintos, etc.? Surge entonces la necesidad de abrir grandes avenidas en el espacio urbano para mantener el buen estado de salud de la población. Por consiguiente se solicitó la opinión de comisiones de la Academia de Ciencias, de médicos, químicos y otros especialistas, acerca de los mejores métodos de ventilación de las ciudades. Uno de los casos más conocidos fue la destrucción de casas que se encontraban en los puentes de las ciudades. A causa de la aglomeración y del precio del terreno, durante la Edad Media, y también en los siglos XVII y XVIII, algunas viviendas se construyeron en los puentes. Se consideró, entonces, que esas casas impedían la circulación del aire por encima de los ríos y que retenían el aire húmedo en sus márgenes, y fueron sistemáticamente demolidas. Se llegó incluso a calcular las muertes que fueron evitadas gracias al derribo de tres casas construidas sobre el Pont Neuf: 400 personas por año, 20.000 en 50 años, etcétera.

Se organizaron, por lo tanto, corredores de aire, así como también de agua. En París, en 1767, un arquitecto llamado Moreau tuvo la idea precoz de proponer un plan modelo para la organización de las márgenes e islas del Sena, que no se aplicó hasta comienzos del siglo XIX, con el fin de que la propia corriente del río limpiara de miasmas a la ciudad.

Así, pues, el segundo objetivo de la medicina urbana era el control y establecimiento de una buena circulación del agua y el aire.

3. Otra gran finalidad de la medicina urbana fue la organización de lo que podríamos llamar distribuciones y secuencias. ¿Dónde colocar los diferentes elementos necesarios a la vida común de la ciudad? Se planteaba el problema de la posición recíproca de las fuentes y los desagües o de las bombas y los lavaderos fluviales. ¿Cómo evitar la filtración de aguas fecales en las fuentes de agua para beber? ¿Cómo evitar que la bomba que abastecía de agua a la población no aspirara agua sucia de los lavaderos vecinos?

En la segunda mitad del siglo XVIII se consideraba que esa desorganización era la causa de las principales enfermedades epidémicas de las ciudades. Ello dio origen a la elaboración del primer plan hidrográfico de París, en 1742, que fue la primera investigación sobre los lugares en que se podía extraer agua que no hubiera sido contaminada por las cloacas y sobre política de la vida fluvial. Al estallar la Revolución Francesa en 1789, la ciudad de París ya había sido detenidamente estudiada por una policía médica urbana, que había establecido las directrices de lo que debería realizar una verdadera organización de salud de la ciudad.

Sin embargo, a fines del siglo XVIII no se tocó el tema del conflicto entre la medicina y los otros tipos de poder: la propiedad privada. La política autoritaria con respecto a la propiedad privada no fue esbozada en el siglo XVIII, salvo en uno de sus aspectos: las cuevas. Las cuevas que pertenecen al propietario de la casa quedan sujetas a ciertas regulaciones en cuanto a su uso y a la construcción de galerías.

Este era el problema de la propiedad del subsuelo en el siglo XVIII, planteado a partir de la tecnología minera. Desde el momento en que se supo construir minas de profundidad surgió el problema de su pertenencia. A mediados del siglo XVIII se elaboró una legislación autoritaria sobre el subsuelo, que disponía que su propiedad no correspondía al dueño del suelo, sino al Estado y al rey. De esa forma el subsuelo de París fue controlado por las autoridades, mientras

que el terreno de superficie, al menos lo que concierne a la propiedad privada, no lo fue. Los espacios comunes, como los lugares de circulación, los cementerios, los osarios y los mataderos fueron controlados, lo que no sucedió con la propiedad privada antes del siglo XIX.

La medicalización de la ciudad en el siglo XVIII es importante por varias razones:

1. Por intermedio de la medicina social urbana, la profesión médica se puso directamente en contacto con otras ciencias afines, fundamentalmente la química. Desde la época de confusión en que Paracelso y Vahelmont trataron de establecer las relaciones entre la medicina y la química no se logró nada más a este respecto. Y fue precisamente el análisis del aire, de la corriente de aire, de las condiciones de vida y de la respiración lo que puso en contacto a la medicina y a la química. Fourcroy y Lavoisier se interesaron por el problema del organismo por mediación del control del aire urbano.

La intercalación de la práctica médica en un cuerpo de ciencia físico-química se hizo a través de la urbanización. No se pasó a una medicina científica a través de la medicina privada, individualista, ni gracias a la mediación de una mayor atención al individuo. La introducción de la medicina en el funcionamiento general del discurso y del saber científicos se hizo a través de la socialización de la medicina, del establecimiento de una medicina colectiva, social, urbana. A ello se debe la importancia de la medicina urbana.

2. La medicina urbana no es realmente una medicina del hombre, del cuerpo y del organismo, sino una medicina de las cosas; es una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia.

Esta medicina de las cosas ya esbozaba, sin emplear todavía el término, el concepto de medio ambiente que los naturalistas a fines del siglo XVIII, como Cuvier, iban a desarrollar. La relación entre organismo y medio se estableció simultáneamente en el orden de las ciencias naturales y de la medicina por intermedio de la medicina urbana. No se pasó del análisis del organismo al análisis del medio ambiente. La medicina pasó del análisis del medio al de los efectos del medio sobre el organismo y finalmente al análisis del propio organismo. La organización de la medicina urbana fue importante para la constitución de la medicina científica.

3. Con la medicina urbana aparece, poco antes de la Revolución Francesa, -y es un hecho que habría de tener importancia considerable para la medicina social- la noción de salubridad. Una de las decisiones tomadas por la Asamblea Constituyente en 1790 o 1791 fue, por ejemplo, la creación de comités de salubridad en las provincias y ciudades principales.

Es preciso señalar que salubridad no es lo mismo que salud, pero se refiere al estado del medio ambiente y sus elementos constitutivos que permiten mejorar esta última. La salubridad es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos. Correlacionado con ella surge el concepto de higiene pública como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud.

Salubridad e insalubridad significan el estado de las cosas y del medio en cuanto afectan a la salud; la higiene pública es el control político-científico de este medio.

El concepto de salubridad apareció, pues, al comienzo de la Revolución Francesa, y el de higiene pública iba a ser el concepto que en la Francia de principios del siglo XIX abarcase lo esencial de la medicina social. Una de las grandes revistas médicas de esta época, la *Revue d'hygiène publique*, que empezó a publicarse en 1820, se convirtió en el portavoz de la medicina social francesa.

Esta medicina distaba mucho de la medicina del Estado tal y como ésta se definía en Alemania, pues estaba mucho más cerca de las pequeñas comunidades, las ciudades y los barrios, y al mismo tiempo no contaba con ningún instrumento específico de poder. El problema de la propiedad privada, principio sagrado, impidió que esta medicina se viese dotada de un poder fuerte. Pero si bien la "Staatsmedizin" alemana le gana en poder, no cabe duda de que su agudeza de observación y su cientificidad son superiores.

Gran parte de la medicina científica del siglo XIX tuvo su origen en la experiencia de esta medicina urbana que se desarrolló a fines del siglo XVIII.

## **MEDICINA DE LA FUERZA LABORAL**

La tercera dirección de la medicina social puede ser analizada a través del ejemplo inglés. La medicina de los pobres, de la fuerza laboral, del obrero, no fue la primera meta de la medicina social, sino la última. En primer lugar el Estado, en segundo la ciudad, y por último los pobres y los trabajadores fueron objeto de la medicalización.

Lo que caracteriza a la medicina urbana francesa es el respeto por la vivienda privada y la norma de que el pobre, la plebe, el pueblo, no debía ser considerado como un elemento peligroso para la salud de la población. El pobre, el obrero, no fue analizado como los cementerios, los osarios, los mataderos, etcétera.

¿Por qué en el siglo XVIII no se planteó el problema de los pobres como fuente de peligro médico? Las razones fueron varias. Una de orden cuantitativo: el hacinamiento no era todavía tan grande como para que la pobreza significara un peligro. Pero hubo una razón más importante: la de que el pobre funcionaba en el interior de la ciudad como una condición de la existencia urbana.

Los pobres de la ciudad hacían diligencias, repartían cartas, recogían la basura, retiraban de la ciudad muebles, ropas y trapos viejos que luego redistribuían o vendían... Formaban por tanto parte de la instrumentación de la vida urbana. En esa época las casas no estaban numeradas ni había servicio postal y nadie mejor que los pobres conocían la ciudad con todos los detalles e intimidades y cumplían una serie de funciones urbanas fundamentales, como el acarreo de agua o la eliminación de los desechos.

En la medida en que estaban integrados en el contexto urbano, como las cloacas o la canalización, los pobres desempeñaban una función indiscutible y no podían ser considerados como un peligro.

A su manera y en la posición en que se situaban los pobres eran bastante útiles. Hasta el segundo tercio del siglo XIX no se planteó el problema como un verdadero peligro. Y ello por varias razones:

1. Razón política. Durante la Revolución Francesa y en Inglaterra durante las grandes agitaciones de comienzos del siglo XIX, la población necesitada se convierte en una fuerza política capaz de rebelarse o por lo menos de participar en las revueltas.

2. En el siglo XIX se encontró un medio que sustituía en parte los servicios prestados por la población, como el establecimiento, por ejemplo, de un sistema postal y un sistema de

cargadores, lo que provocó una serie de disturbios populares en protesta por esos sistemas que privaban del pan y de la posibilidad de vivir a los más pobres.

3. Con la epidemia de cólera de 1832, que comenzó en París y se propagó a toda Europa, cristalizaron una serie de temores políticos y sanitarios con respecto a la población proletaria o plebeya.

A partir de esa época, se decidió dividir el recinto urbano en sectores pobres y ricos. Se consideró que la convivencia de pobres y ricos en un medio urbano entrelazado constituía un peligro sanitario y político para la ciudad y ello originó el establecimiento de barrios pobres y ricos, con viviendas de pobres y de ricos. El poder político comenzó entonces a intervenir en el derecho de la propiedad y de la vivienda privada. Fue éste el momento de la gran redistribución, en el segundo Imperio Francés, del área urbana de París.

Estas son las razones por las cuales hasta el siglo XIX la población plebeya urbana no fue considerada como un peligro médico.

En Inglaterra -país que experimentaba el desarrollo industrial y, por consiguiente, el desarrollo del proletariado, más rápido e importante- aparece una nueva forma de medicina social, sin que ello signifique que no existieran en Inglaterra proyectos de medicina de Estado al estilo alemán. Chadwick, por ejemplo, hacia 1840, se inspiró en gran parte en los métodos alemanes para la elaboración de sus proyectos. Además, Ramsay escribió en 1846 un libro titulado *Health and Sickness of Town Populations*, que refleja el contenido de la medicina urbana francesa.

Es esencialmente la "Ley de pobres" lo que convierte a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del indigente. A partir del momento en el que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado a someterse a varios controles médicos.

Con la "Ley de pobres" surge, de manera ambigua, un importante factor en la historia de la medicina social: la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención médica que constituya un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud que por su pobreza no podrían atender y que al mismo tiempo permitiría mantener un control por el cual las clases adineradas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud de las clases necesitadas y, por consiguiente, la protección de la población más privilegiada. Así se establece un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre los ricos y los pobres: a estos últimos se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento gratuito o sin mayores gastos y los ricos se libran de ser víctimas de fenómenos epidémicos originarios de la clase pobre.

En la legislación médica se ve claramente la transposición del gran problema político de la burguesía en esa época: ¿a qué precio?, ¿en qué condiciones?, ¿cómo garantizar su seguridad política? La legislación médica contenida en la "Ley de pobres" correspondía a ese proceso. Pero esta ley -y la asistencia-protección y asistencia-control que implica- fue sólo el primer elemento de un complejo sistema cuyos otros elementos aparecieron más tarde, alrededor de 1870, con los grandes fundadores de la medicina social inglesa, principalmente John Simon, quienes completaron la legislación médica de un servicio autoritario, no de los cuidados médicos, sino del control médico de la población. Se trata de los sistemas de "health service", de "health offices", que comenzaron en Inglaterra en 1875 y que a fines del siglo XIX se aproximaban a 1.000, con las funciones siguientes:

1. Control de la vacunación, obligando a los diferentes elementos de la población a inmunizarse.
2. Organización del registro de las epidemias y de las enfermedades susceptibles de convertirse en epidemias, haciendo obligatoria la declaración de enfermedades peligrosas.
3. Identificación de lugares insalubres y, oportunamente, destrucción de esos focos de insalubridad.

El "health service" era el segundo elemento que prolongaba la "Ley de pobres". Mientras esta ley comprendía un servicio médico destinado a los pobres propiamente dichos, el "health service" tenía como características la protección de toda la población por igual y el estar constituido por médicos que ofrecían cuidados que no eran individuales sino que incluían a la población en general, a las medidas preventivas que debían ser tomadas y, al igual que en la medicina urbana francesa, a las cosas, los locales y el medio social.

Sin embargo, el análisis del funcionamiento del "health service" revela que era un modo de completar en el ámbito colectivo los mismos controles garantizados por la "Ley de pobres". La intervención en los locales insalubres, las verificaciones de la vacunación, los registros de enfermedades, todas estas medidas en realidad tenían por objeto el control de las clases más necesitadas.

Precisamente por esta razón el control médico inglés, garantizado por los "health service", provocó, desde su creación, una serie de reacciones violentas de la población, de resistencia popular, de pequeñas insurrecciones antimédicas en la Inglaterra de la segunda mitad del siglo XIX. Esas resistencias médicas fueron señaladas por McKeown en una serie de artículos publicados en la revista *Public Law* en 1967. Creo que sería interesante analizar no sólo en Inglaterra sino en diversos países del mundo cómo esa medicina organizada en forma de control de la población menesterosa suscitó resistencias. Por ejemplo, es curioso observar que los grupos religiosos disidentes, tan numerosos en los países anglosajones de religión protestante, tenían esencialmente por objeto, en los siglos XVII y XVIII, luchar contra la religión del Estado y la intervención del Estado en materia religiosa. Sin embargo, los que reaparecieron en el siglo XIX eran grupos disidentes de diverso tipo en los distintos países, cuya finalidad era combatir la medicalización, reivindicar el derecho a la vida, el derecho a enfermarse, a curarse y a morir, según el deseo propio. Ese deseo de escapar de la medicalización autoritaria fue uno de los aspectos que caracterizaron a varios grupos aparentemente religiosos, con vida intensa, a fines del siglo XIX y aún hoy en día.

En los países católicos la situación fue diferente. ¿Qué otro significado tiene la peregrinación a Lourdes, desde fines del siglo XIX hasta la época actual, para los millones de peregrinos pobres que acuden allí todos los años, más que una especie de resistencia imprecisa a la medicalización autoritaria de sus cuerpos y de sus enfermedades?

En lugar de ver en esas prácticas un fenómeno residual de creencias arcaicas todavía no desaparecidas, ¿no serán acaso una forma actual de lucha política contra la medicalización políticamente autoritaria, la socialización de la medicina, el control médico que pesa esencialmente en la población necesitada?; ¿no serán luchas que reaparecen en esas formas aparentemente arcaicas, aunque sus instrumentos sean antiguos, tradicionales, y supongan un sistema de creencias más o menos abandonadas? La vigorosidad de esas prácticas todavía actuales estriba en que constituyen una reacción contra esa medicina de los pobres, al servicio de una clase, de la que la medicina social inglesa es un ejemplo.

De manera general se puede afirmar que, a diferencia de la medicina del Estado alemán del siglo XVIII, aparece en el siglo XIX, y sobre todo en Inglaterra, una medicina que consiste esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas.

Esa fórmula de la medicina social inglesa fue la que tuvo futuro, contrariamente a lo que le ocurrió a la medicina urbana y sobre todo a la medicina del Estado. El sistema inglés de Simon y sus sucesores permitió, por un lado, vincular tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública, protegiendo así a las clases más ricas de los peligros generales, y por otro lado -y en ello consiste su originalidad- permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios para pagarla.

Mientras que el sistema alemán de la medicina de Estado era oneroso y la medicina urbana francesa era un proyecto general de control sin instrumento preciso de poder, el sistema inglés hizo posible la organización de una medicina con facetas y formas de poder, diferentes según se tratara de la medicina asistencial, administrativa o privada, de sectores bien delimitados que permitieron, durante los últimos años del siglo XIX, la existencia de una indagación médica bastante completa. Con el plan Beveridge y los sistemas médicos de los países ricos e industrializados de la actualidad, se trata siempre de hacer funcionar esos tres sectores de la medicina, aunque sean articulados de manera diferente.